

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Доц. Н.А.НЕЧИПОРЕНКО, доц. И.К.КОЯЛО, В.Р.КРАВЧУК

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-БОКОВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ

Гродненский государственный медицинский институт,
Гродненская областная клиническая больница

В работе приведена методика оперативного лечения послеоперационных пояснично-боковых грыж. Оперировали 11 больных. Принцип операции сводится к ушиванию грыжевых ворот двухэтажным швом, причем, первый ряд швов накладывается а поперечную и внутреннюю косую мышцы живота в части раны, находящейся в области передне-боковой стенки живота и на нижнюю заднюю зубчатую мышцу в поясничной части раны. Вторым рядом швов сшивается наружная косая мышца живота и широкая мышца спины, формируя дубликатуру. Больных наблюдали от 4 до 48 месяцев, рецидива грыжи нет. Сделан вывод о том, что комбинированная пластика послеоперационных пояснично-боковых грыж местными тканями с формированием мышечно-апоневротической дубликатуры из наружной косой мышцы живота и широкой мышцы спины позволяет добиться хороших результатов.

В настоящее время в урологической практике общепризнанным оперативным доступом к почке является внебрюшинный. Забрюшинное пространство вскрывается косо-поперечным или косым пояснично-брюшным разрезом типа Федорова или Бергмана-Израэля. Эти доступы предполагают пересечение двух мышц в поясничной части разреза (широчайшая мышца спины и нижняя задняя зубчатая) и трех мышц в области боковой стенки живота (наружная косая, внутренняя косая и поперечная мышцы живота). По ходу выполнения люмботомии такими разрезами довольно часто пересекается и подреберный нерв. В такой обширной ране нередко развивается несостоятельность мышечных швов, особенно в случаях нагноения раны, что приводит к появлению послеоперационной пояснично-боковой грыжи.

В доступной литературе мы не нашли исчерпывающих данных о частоте послеоперационных пояснично-боковых грыж. По нашим наблюдениям они возникают в зависимости от характера проведенных операций у 6-15% оперированных.

Радикальным методом лечения послеоперационных пояснично-боковых грыж является оперативное вмешательство / 3 /.

В настоящем сообщении мы представляем методику и результаты комбинированной мышечной и мышечно-апоневротической аутопластики грыжевых ворот у больных с послеоперационными пояснично-боковыми грыжами после чрезмышечной люмботомии по Федорову или Бергману-Израэлю.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы наблюдали 35 больных с пояснично-боковыми грыжами после традиционной чрезмышечной люмботомии по Федорову или Бергману-Израэлю. Женщин было 30, мужчин - 5, возраст больных - 40-70 лет. Среди всех больных у 30 отмечалась значительная избыточная масса тела. Грыжа у пациентов появилась спустя 1-2 месяца после операции на почке и на протяжении всего периода после операции увеличивалась. У 9 человек грыжа образовалась после повторной операции на почке, выполненной из

доступа по старому послеоперационному рубцу. Схема слоев тканей в области грыжевого выпячивания при пояснично-боковой грыже приведена на рис. 1.

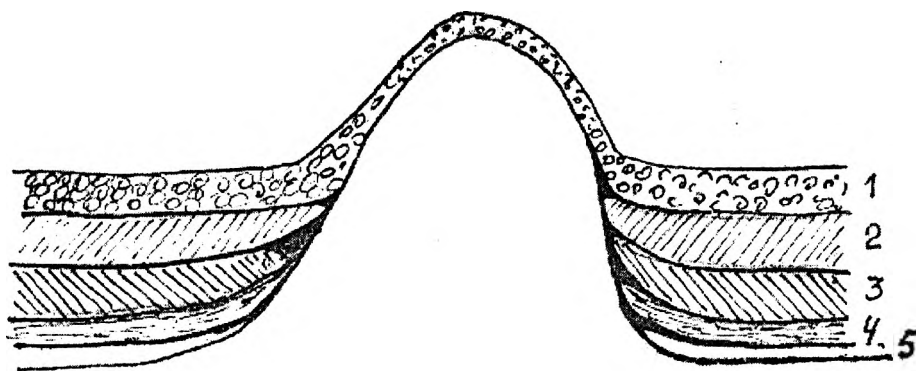


Рис 1. Схема взаимоотношения тканей в области послеоперационной пояснично-боковой грыжи

1 - подкожная клетчатка, 2 - наружная косая мышца живота, 3 - внутренняя косая мышца живота, 4 - поперечная мышца живота, 5 - брюшина.

Больные были оперированы по поводу камня лоханки почки или мочеточника - 20; опухолей почки - 8; острого гнойного пиелонефрита - 7. У 10 человек выполнена нефрэктомия и у 25 - органосохраняющая операция на почке или мочеточнике.

Во всех случаях выполнялась люмботомия пояснично-брюшным разрезом по Федорову (28 случаев) и Бергману-Израэлю (7 случаев). Из протоколов операций было установлено, что в 8 случаях в ходе люмботомии был пересечен подреберный нерв. В 30 случаях забрюшинное пространство дренировано через операционную рану.

В послеоперационном периоде у 18 человек развилось нагноение раны с частичным расхождением ее кожных краев и вторичным заживлением. У остальных 17 человек послеоперационный период протекал гладко, но после выписки больные отмечали боли в области послеоперационного рубца и постепенно стало отмечаться выпячивание в этой области.

Мышечная рана во всех случаях ушивалась двумя рядами узловых кетгутовых швов (нити N 4-5). Первый ряд был наложен на поперечную и внутреннюю косую мышцы живота в абдоминальной части раны и на нижнюю заднюю зубчатую мышцу и широчайшую мышцу спины в поясничной части раны. Второй ряд швов накладывался на наружную косую мышцу живота и на апоневроз широчайшей мышцы спины.

После проведенного обследования 25 больным предложено оперативное лечение и 10 больным из-за тяжелых сопутствующих заболеваний операция была противопоказана.

На операцию согласились и были оперированы 11 больных.

Закрытие грыжевых ворот осуществляли собственной методикой местными тканями используя комбинированную двухэтажную мышечную и мышечно-апоневротическую пластику.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Все наши 35 больных обратились за медицинской помощью самостоятельно с жалобами на наличие выпячивания больших размеров по линии операционного рубца в поясничной области с переходом на боковую область живота и выраженного болевого синдрома в этой области.

Большое значение мы, как и другие хирурги [1, 2], придавали предоперационной подготовке больных.

За 4-5 дней до операции больным назначали бесшлаковую диету, касторовое масло по 1-2 чайных ложки 2 раза в день после еды, а также очистительные клизмы утром и вечером, проводили тугое бинтование живота, а также терапию сопутствующих заболеваний.

Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами в боковом положении больного с валиком в поясничной области.

Окаймляющим разрезом полностью иссекается послеоперационный рубец и измененная кожа вокруг него, обнажается поверхность неизмененного апоневроза наружной косой мышцы живота и широчайшей мышцы спины путем острого отслоения от апоневроза кожно-клетчаточного слоя по всему периметру грыжевых ворот не менее чем на 3-4 см от края мышечно-апоневротического дефекта (рис. 2).

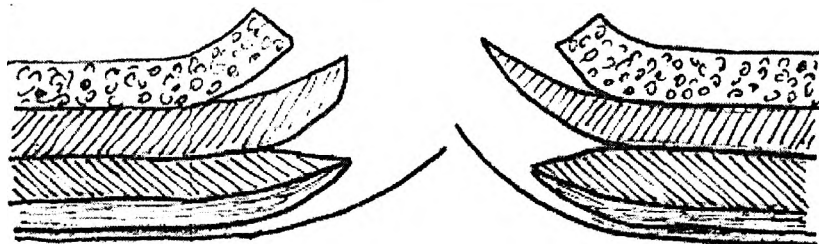


Рис.2 Схематический вид раны после мобилизации мышечных слоев в краях грыжевых ворот и рассечения грыжевого мешка.

В переднем углу раны вскрывается брюшина грыжевого мешка и затем рассекается на всем протяжении до заднего угла раны. Тщательно разделяются сращения между грыжевым мешком и петлями кишок. Тупым и острым путем производится отделение брюшины от мышц брюшной стенки так, чтобы она была отслоена от внутренней поверхности поперечной мышцы живота и ее фасциального продолжения в поясничной области на 2-3 см по всему периметру (рис.2).

Острым путем проводится мобилизация краев наружной косой мышцы живота и широчайшей мышцы спины, отделяя их от внутренней косой мышцы живота и волокон нижней задней зубчатой мышцы. Длина мобилизованных мышечно-апоневротических лоскутов должна быть с каждой стороны не менее 5 см (рис. 2). Этот прием позволяет сформировать, и второй мышечный слой - внутреннюю косую и поперечную мышцу живота в брюшной части раны и нижнюю заднюю зубчатую мышцу и апоневротическое продолжение поперечной мышцы живота в поясничной части раны. Степень мобилизации апоневроза наружной косой мышцы живота и самой мышцы должна позволить закрыть грыжевые ворота создав удвоение мышечно-апоневротического слоя. В случаях, когда верхним краем грыжевых ворот является 12 ребро, выполняется поднадкостничная резекция его на всем протяжении для создания мышечно-апоневротического лоскута по верхнему краю грыжевых ворот.

После мобилизации мышечно-апоневротических лоскутов осуществляется тщательный гемостаз и приступают к собственно пластике мышечно-апоневротического дефекта. Из поясничной области убирается валик, что облегчает стягивание ее краев, и формирование мышечно-апоневротической дубликатуры.

Избыток листка брюшины также позволяет сформировать дубликатуру (рис. 3) В забрюшинное пространство устанавливается дренажная трубка через контрапертуру. Мобилизованные края мышц по периметру грыжевых ворот ушиваются в следующей последовательности. Первым рядом отдельных узловых капроновых (N 4-5) швов сшиваются два слоя мышц контактным способом, то есть мышцы сшиваются впритык (рис. 3): поперечная и внутренняя косая мышца живота и нижняя задняя зубчатая мышца и апоневроз поперечной мышцы живота. Затем из наружной косой мышцы живота и ее апоневроза (в передней части раны) и широчайшей мышцы спины (в

поясничной части раны) формируется мышечно-апоневротическая дубликатура, прикрывающая линию первого ряда мышечных швов. Причем, дубликатура формируется так, что верхний мышечно-апоневротический лоскут укладывается на нижний (рис. 3). Дубликатура создается П-образными капроновыми швами (N 4-5). Ширина мышечно-апоневротической дубликатуры составляет 4-5 см.

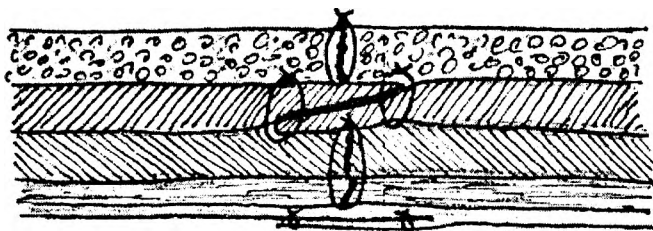


Рис.3 Схематическое взаимоотношение слоев тканей после пластики послеоперационной пояснично-боковой грыжи.

Швы на подкожную клетчатку. В рану 3-4 резиновых выпускника, до апоневроза, швы - на кожу.

Большое значение придаем ведению послеоперационного периода. Лечение направляется на предупреждение сердечно-легочных расстройств, повышения внутрибрюшного давления, пареза кишок, тромбэмболических осложнений, нагноения в ране.

Поскольку операция весьма травматична, принципиальным в послеоперационном периоде является хорошее обезболивание. Это достигается введением 2% раствора промедола по 1 мл через каждые 4 часа в течение 2-3 суток. Для уменьшения натяжения тканей в области операционной раны больному рекомендуется положение с наклоном в оперированную сторону.

Если пластику мышечного дефекта удалось провести без осложнений и по описанной методике, то на 2-3 сутки больным разрешаем подниматься с постели и ходить туго затянув живот поясом. Дренажи из раны и из забрюшинного пространства удаляются на 2-3 сутки.

С первых суток после операции больным назначается ЛФК, дыхательная гимнастика, стимуляция функции кишечника.

Профилактика повышения внутрибрюшного давления заключается в предупреждении и борьбе с парезом кишечника (стимуляция перистальтики прозеринном или церукалом, декомпрессия желудка). Принимать пищу больным разрешаем после восстановления функции кишечника.

С целью профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы назначаем сердечные гликозиды и другие препараты, улучшающие сердечную деятельность. Для улучшения микро циркуляции и реологических свойств крови больным назначаются реополиглюкин, растворы глюкозы в течение 2-3 дней. Под кожу живота вводится по 5000 ЕД гепарина 2 раза в день в течение 3-4 дней.

Профилактика нагноения в ране сводится к своевременной эвакуации раневого отделяемого путем аспирации вакуумными приспособлениями или установкой нескольких дренажей. Антибиотики вводятся в течение 5-7 дней. После удаления дренажей из раны через 1-2 дня больным выполняется УЗИ забрюшинного пространства и области операционной раны по ходу всей линии кожных швов для своевременного выявления скопления жидкого содержимого в забрюшинном пространстве и над апоневрозом. И если скопление жидкости обнаруживается, то необходимо предпринять попытку ее эвакуации или путем пункции или если жидкость над апоневрозом, то снятием 1-2 кожных швов.

При гладком течении послеоперационного периода кожные швы снимаются на 10-12 день.

В ходе выполнения оперативного вмешательства у одной больной произошло повреждение забрюшинного отдела селезеночного угла толстой кишки при отделении его от 12 ребра. Дефект был ушит. Послеоперационный период протекал гладко.

После операции пациенты наблюдаются в течение 4-48 месяцев. Рецидива грыжи нет.

Таким образом примененный комбинированный метод двухэтажной мышечной и мышечно-апоневротической пластики грыжевых ворот при пояснично-боковых грыжах является эффективным методом их хирургической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колтонюк В.М. *Диагностика и комплексное хирургическое лечение послеоперационных и рецидивных вентральных грыж больших и огромных размеров: Автореф. дис. д-ра мед. наук.* - М., 1990. - 45 с.
2. Черенько М.П., Фелештинский Я.П. *Клинико-функциональная оценка эффективности предоперационной подготовки больных с послеоперационными грыжами живота // Клиническая хирургия.* - 1990. - С.47.
3. Черенько М.П., Валигура Я.С., Яцентюк М.Н., Шпита П.А. и др. *Брюшные грыжи.* - Киев, «Здоров'я», 1995. - 261 с.

Поступила 25.11.1996 г.

Канд. мед. наук А.И. АКУЛОВИЧ

К ВОПРОСУ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи

Изучены результаты лечения 577 больных с острой задержкой мочи (ОЗМ). Одномоментная чрезпузырная аденомэктомия по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) произведена у 230 (39,9%) оперированных больных, эпицистостомия и цистолитостомия - у 128 (22,2%). По различным причинам не оперированы 219 (37,9%) пациентов. Предложена методика дренирования мочевого пузыря после аденомэктомии.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперированных пациентов, перенесших одномоментную чрезпузырную аденомэктомию с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Послеоперационная летальность составила 1,8%.

Второй этап операции - аденомэктомия у больных после эпицистостомии в разные сроки выполнена у 52 (40,6%). Летальных исходов не было.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из самых частых заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста, поэтому хирургическое лечение пока занимает ведущее место среди лечебных мероприятий в урологии / 1, 3, 6-7, 9, 11 /.

Чрезпузырное удаление ткани ДГПЖ устраняет инфравезикальную обструкцию.

В последние годы активная хирургическая тактика включает в себя: 1) аденомэктомию на вскрытом мочевом пузыре; 2) трансуретральная резекция; 3) лазеро-криохирургия ДГПЖ и др. / 1 /.